

(невозможно назначить максимальные дозы мочегонных препаратов, так как у пациента появляются побочные эффекты (например, энцефалопатия, обострение подагры, коллапсы и др.)) – 4 человека. Пациенты, которым провели трансъюгулярное внутрипеченочное порто-системное шунтирование по этиологии цирроза были представлены вирусными и алкогольными (в анамнезе отказались от употребления алкоголя длительностью «сухого периода» более года).

Провели оценку качества жизни до проведения шунтирования и через 1 и 3 года после вмешательства. В группе с абсолютно рефрактерным асцитом и показатели качества жизни улучшились через год, но статистически значимо ухудшились к 3 – годам: пациентам в течение года понадобилась трансплантация печени в 70% случаев, $p < 0,002$. Пациентам с относительно рефрактерным асцитом пересадка понадобилась в 10% случаев, и качество жизни согласно SF-36, достоверно улучшалось на 1-й год и через 3, $p < 0,0001$.

Через год у пациентов с относительным рефрактерным асцитом после шунтирования степень тяжести ЦП С по Чайлд-Пью сменилась на В и А, $p < 0,001$. Улучшились значения шкалы Physical Functioning, $p < 0,04$, General Health $p < 0,0001$.

Выводы. Внутрипеченочное порто-системное шунтирование позволяет значительно улучшить качество жизни пациентов с декомпенсированным ЦП печени. У пациентов с относительно рефрактерным асцитом рекомендовано выполнять шунтирование, так как в 90% качество жизни улучшается, и пациенты отодвигаются в очереди на трансплантацию печени даже через 3 года.

ЛИТЕРАТУРА

1. Заболевания печени. Порто-системное шунтирование / [Электронный ресурс]. – 2016. – Режим доступа: <http://physiomed.com.ua> – Дата доступа: 28.05.18.
2. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «МИРАЖ») / В.Н. Амирджанова [и др.] // Журнал Научно-практическая ревматология. – 2008. – № 1. – С.36-48.
3. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова // М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2002. – 314 с.

ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В ЛЕЧЕНИИ АСЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Лемешевская З.П.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), цирроз печени – это диффузный процесс,

характеризующийся фиброзом и трансформацией нормальной структуры печени с образованием узлов. Время прогрессирования поражения печени от стадии гепатита до развития цирроза может быть различной: от нескольких недель до десятков лет. Асцит является наиболее частым осложнением цирроза печени. У 60% пациентов с компенсированным циррозом формируется асцит в течение 10-летнего периода болезни. Появление асцита вызвано развитием портальной гипертензии и, прежде всего, связано с неадекватной экскрецией натрия с мочой, что проявляется положительным натриевым балансом [1, 2].

Огромная доказательная база свидетельствует о том, что главным причинным фактором задержки натрия у пациентов с циррозом печени является расширение сосудов органов брюшной полости. Это приводит к снижению эффективного артериального кровотока с последующей активацией артериальных и кардиопульмональных объемных рецепторов, что ведет к компенсаторной активации вазоконстрикторной и натрий-задерживающей систем, т.е. симпатической нервной системы и ренин-ангиотензин-альдостероновой системы. Задержка натрия почками приводит к увеличению внеклеточного объема жидкости и формированию асцита и отеков. Развитие асцита ассоциировано с неблагоприятным прогнозом и снижением качества жизни пациента с циррозом печени [1].

На практике лечащий врач сталкивается с несколькими проблемами во время индивидуального подбора лечения асцита [2, 3].

Цель исследования. Проанализировать причины госпитализаций у пациентов с циррозами печени, осложненными асцитом и выявить проблемы в лечении.

Материалы и методы исследования. За 2016-2017 г. проанализированы истории пациентов, поступавших в гастроэнтерологическое отделение УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно» с диагнозом цирроз печени, из них выбраны пациенты с предварительным диагнозом цирроз печени, осложненный напряженным асцитом, их количество составило 217, из них 126 (58%) случаев госпитализаций повторных.

Средний возраст составил 30 (29:64) лет. Из них 24 человека имели вирусной этиологии заболевание печени, 193 алкогольной,

По гендерному принципу пациенты разделились следующим образом: 71 мужчина и 146 женщин, возраст пациентов составил 54 (27:61) года.

Всем пациентам проводили общеклинические лабораторные и инструментальные исследования согласно протоколам диагностики и лечения гастроэнтерологических заболеваний МЗ РБ.

Диагноз цирроза печени во всех случаях подтвержден и был выставлен на основании анамнеза, объективных данных, ультразвукового исследования печени, фиброгастродуоденоскопии, биохимического исследования крови (билирубин и его фракции, печёночные ферменты, щелочная фосфатаза, общий белок, альбумин, холестерин, мочевины и креатинин, маркёры вирусных гепатитов), биопсии (17%).

Критериями рефрактерного асцита считали если асцит не контролировался ограничением натрия и максимальными дозами диуретиков

или быстро рецидивировал после парацентеза. Кроме того, проанализировали подтипы рефрактерного асцита: диуретик-резистентный асцит и диуретик-неподатливый асцит.

Результаты и обсуждение. Всех случаи госпитализаций разделили на 2 группы: с рефрактерным асцитом (нет эффекта от 400 мг спиронолактона и 160 мг фуросемида) – 11 (5%) человек, из них 9 диуретик-резистентных и 2 диуретик-неподатливых, и с относительно рефрактерным асцитом (невозможно назначить максимальные дозы мочегонных препаратов так как у пациента появляются побочные эффекты (например, энцефалопатия, обострение подагры, коллапсы и др.)) – 26 (12%) человек. 180 случаев (83%) госпитализаций с диагнозом рефрактерный асцит было связано не с рефрактерностью асцита, а иными причинами, которые привели к напряженному асциту. Проведен подробный сбор лекарственного анамнеза.

Выводы.

1. Одной из причин, приведших к госпитализации с диагнозом напряженный асцит является так называемая «ложная» резистентность асцита, она заключается в конфликте назначаемых доз диуретиков: врач, привыкший, что сердечно-сосудистые проблемы потенцируются как основные и дозы диуретиков для кардиологических пациентов не превышают 40 мг фуросемида и 50 мг спиронолактона, не может назначить дозы, необходимые пациенту с циррозом – 160 мг фуросемида и 400 мг спиронолактона. Нередко участковый врач не читает рекомендации специалиста со стационар или гастроэнтеролога, а не трудясь заглядывать в протоколы лечения и назначает «свою схему» терапии асцита (или отказывается выписывать назначенную дозу по льготной выписке).

2. В 63% случаев при анализе причин, приведших к госпитализации по поводу напряженного асцита в УЗ «ГКБ № 4 г. Гродно» была неадекватно подобранная доза диуретика. Из них 9% пациентов не принимали диуретики в назначенной дозе, так как после парацентеза они чувствовали значимое улучшение, а терапевт не разъяснил принцип действия спиронолактона (медленный накопительный эффект).

3. В 20% случаев дозы диуретиков не соблюдались пациентом самостоятельно, несмотря на адекватные назначения лечащего врача (отсутствие приверженности к лечению, продолжение злоупотребления алкоголем, отсутствие денежных средств для покупки диуретиков, снижение самооценки на фоне печеночно-клеточной энцефалопатии).

ЛИТЕРАТУРА

1. Потешкина, Н.Г. Современные принципы диагностики и лечения осложнений цирроза печени / Н.Г. Потешкина, С.К. Аджигайтканова // Учебно-методическое пособие. – М., ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2013. – с. 44.

2. Portal hypertension and its complications / A.J. Sanyal [et. all] // J. Gastroenterology. – 2008. – №134(6). – P. 1715–1728.

3. EASL clinical practice guidelines on the management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis, and hepatorenal syndrome in cirrhosis / J. Hepatol. – 2010. – № 53(3). – P. 397–417.